Aus der chirurgischen Universitätsklinik der Charité zu Berlin
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hildebrand)

Ueber Nebenhodentuberkulose

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin.

Von

Li Chi Fang
aus Kuischen, China
Oberstabsarzt beim Hauptquartier der Südchinesischen Bundesarmee
Canton, China

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Tag der Promotion: 12. April 1921

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstraße 29.

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin
Dekan: Prof. Dr. **Rubner**
Referent: Prof. Dr. **Hildebrand**

Unter den Erkrankungen des Genital-Apparates ist die Tuberkulose des Hodens und Nebenhodens eine der häufigsten.

Sie befällt in der Regel zuerst den Nebenhoden und setzt sich erst später auf den Hoden fort.

Ueber die Aetiologie herrschen die verschiedensten Meinungen; nämlich „ascendierende" Theorie (d. h. der Hoden wird primär infiziert mit aufsteigendem Infektions-Verlauf und dessen dierend (d. h. absteigende Infektion von Lungen, Knochen, Drüsen usw. als Metastase).

Am häufigsten tritt die Infektion im Verein mit Tuberkulose der Lungen, Knochen und Drüsen auf.

Die ganze Frage über die Aetiologie der Affektion wird beeinflußt durch den Streit der Meinungen, ob der Hoden primär infiziert wird und dann die Infektion ascendierend auf die anderen Organe des Genitaltraktus übergeht, oder ob die Hodeninfektion sekundär oder hämatogen oder auf dem descendierenden Wege vom Urogenitalapparat erfolgt.

Das letztere wurde von den meisten Autoren behauptet, daß nämlich die Infektion in der Mehrzahl auf descendierendem Wege erfolgt.

Pathologisch-anatomisch stellt die Infektion eine Verkäsung unter ulcer.-eitrigem Zerfall dar. Die tuberkulösen Prozesse ergreifen in der Mehrzahl der Fälle zuerst den Nebenhoden und zwar das Kaput. Der Kopfteil wird von harten Knoten infiltriert und schwillt zunehmend an. In den ausgebildeten Fällen von Nebenhodentuberkulose ist der ganze Nebenhoden in einen wurstförmigen von rahmähnlich erweichten oder von festen Käsemassen durchsetzten Körper verwandelt, auf dessen Längsschnitt man oft noch in dem verkästen Gewebe die Zentren der zerfallenen Kanälchen erkennen kann.

Im weiteren Verlauf sieht man Bildung von Knoten, Abszessen, Fisteln.

Mikroskopisch sieht man Konfluenz der Kanälchen, die mit Knoten vollkommen gefüllt sind, und starken käsigen Zerfall der zentralen Partien. In zwei Präparaten tritt Rundzelleninfiltration

hervor, in anderen Fällen zeigt sich in der Umgebung der Knoten Riesenzellenbildung.

Die Diagnose ist oft schwierig, da in vielen Fällen die subjektiven Beschwerden fehlen können. Differentialdiagnostisch kommen noch entzündliche Affektionen in Frage: Lues, Gonorrhoe, Epididymitis infolge Mischinfektion von Staphylo- und Streptokokken. Ferner bei pneumonischen Affekten, auch kombiniert mit akuten Infektionskrankheiten, z. B. Scarlatina. Besonders häufig ist bei Grippe die entzündliche Erkrankung des Nebenhodens festgestellt worden; sonst kommen auch Geschwülste in Betracht.

Je früher die Diagnose gestellt wird, desto günstiger wird die Aussicht auf eine erfolgreiche Therapie sein. Die Therapie gliedert sich in die verschiedensten Methoden. Eine Anzahl der französischen Aerzte vertreten den Standpunkt der rein konservativen Therapie. Auch in Deutschland vertreten Aerzte die konservative Behandlung, schließen jedoch die Kastration nicht aus, zu der sie die Indikation dann gegeben erachten, wenn der Hoden von der Infektion mitergriffen ist.

Eine große Rolle spielt die Röntgen-Therapie. Es muß eine richtige Dosierung gegeben werden. Dann ist die Röntgen-Therapie den übrigen konservativen Formen vorzuziehen.

Ferner sind die diätetische Behandlung, Klimawechsel und künstliche Höhensonne von recht gutem Erfolge.

Ueber die spezifische Therapie soll gesagt werden, das Alt- und Neutuberkulin haben sehr geringe Erfolge.

Die Friedmannsche Methode ist von einzelnen Autoren als überhaupt nicht wirksam angegeben.

Von den konservativen Mitteln zur lokalen Behandlung ist noch das Jodoformglyzerin zu nennen. Besonders gegen hartnäckige Fistelbildungen.

Am Schluß der Ausführungen über die Therapie wäre noch auf die operative Behandlung einzugehen. Es ist die Frage, ob die radikalste Form, die Kastration, ausgeübt werden soll oder ob man mit Teiloperation oder Resektion sich helfen kann.

Dem Wunsche, eine Operationsmethode zur Verfügung zu haben, die sich bei Erkrankung des Nebenhodens nur auf diesem allein beschränkt und die Schäden einer Kastration vermeidet, entsprang die Epididymektomie, ohne daß eine durch Verlust des Hodens bedingte physische und psychische Degeneration eintritt...

Wichtig für die Therapie ist zu wissen, ob die Affektion ihres Ursprungs nach primär, sekundär, metastatisch (hämatogen) oder descendierend ist. Wenn die Nebenhodentuberkulose die Folge einer Nieren- oder Prostatatuberkulose ist, so ist die spä-

tere Erkrankung des anderen Nebenhoedns sehr wahrscheinlich, die Kastration also häufig von einem Rezidiv der anderen Seite gefolgt. Dagegen hat die Kastration bei hämatogener Entstehung der Nebenhodentuberkulose meist definitiv Heilung zur Folge.

Unter meinen 18 Fällen wurde 11 mal die einseitige Kastration ausgeführt, in 5 Fällen mußte die Castratio duplex erfolgen; in 2 Fällen war die Epididymektomie indiziert.

8 Patienten waren nach dem ersten operativen Eingriff geheilt (II, IV, VII, XI, XII, XIV, XVI), in 2 Fällen (III, XV) genügte die erste Operation nicht, so daß eine zweite erfolgen mußte, bis Ausheilung des Prozesses erfolgte. 2 Patienten (I, V) mußten sich dem operativen Eingriff 3 mal unterziehen, in einem Fall (XVII) wurde eine endgültige Heilung erst nach der vierten Operation erzielt.

Unter 18 Fällen war 14 mal = 80 % der Hoden von der Erkrankung ergriffen worden. In 2 Fällen erfolgte nach der einseitigen Kastration ein Uebergreifen auf die andere Seite.

Die durch die Operation geheilten Patienten sind jetzt ganz gesund und mit ihrem Zustand zufrieden. Auf Grund der angegebenen Zahlen und Erörterungen sehen wir, daß die Kastration eine durchaus zuverlässige Therapie darstellt.

Lebenslauf.

Am 25. Mai 1891 wurde ich zu Siantung, Provinz Kwangtung in China geboren. Nach Absolvierung der Mittelschule in Kuchuk kam ich im Sommer 1908 nach Schanghai, um an der dortigen deutschen Medizinschule zu studieren. Im Winter 1911 bestand ich die Schlußprüfung der Sprachschule und im Winter 1913 das Tentamen physicum, im Winter 1916 das ärztliche Staatsexamen und erhielt die Approbation als Arzt. Von Februar 1917 bis Januar 1918 war ich als praktischer Arzt in Schanghai tätig. Von Herbst 1918 bis Sommer 1920 war ich Oberstabsarzt bei der südchinesischen Bundesarmee in Canton, wo ich gleichzeitig als Arzt praktizierte. Am 14. Juni wurde ich von der Canton-Regierung zur Erweiterung meiner medizinischen Kenntnisse nach Deutschland gesandt und studiere jetzt an der medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Im Laufe meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

In Schanghai: du Bois-Reymond, Ammann, Kurz, Krapf, Limpricht, von Schub, Krieg, Gerngroß, Schultze, Birt, Blumenstock, Höffling, Fischer, Dold.

In Berlin: Hildebrand, Kraus, Bonhöffer, Arndt, Heffter, Flügge, Heymann, Grotjahn.

Allen diesen Herren, meinen hochverehrten Lehrern, spreche ich hierdurch meinen herzlichsten Dank aus.